Zur Statistik der congenitalen Syphilis.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesammten Medicin

verfasst und

einer hohen medicinischen Facultät
der Königl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Moritz Nordheim
cand. med. aus Hamburg.

MÜNCHEN 1897.
Druck von Knorr & Hirth, G. m. b. H.

Zur Statistik der congenitalen Syphilis.

Inauguraldissertation

zur

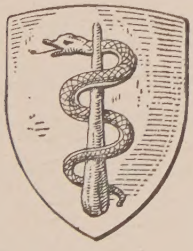
Erlangung der Doktorwürde in der gesammten Medicin

verfasst und

einer hohen medicinischen Facultät
der Königl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Moritz Nordheim
cand. med. aus Hamburg.



MÜNCHEN 1897.
Druck von Knorr & Hirth, G. m. b. H.

Referent: Herr Obermedicinalrat Prof. Dr. BOLLINGER.

Die mannigfaltigen Erscheinungen, die die ererbte Syphilis klinisch und anatomisch darbietet, können nur dann zu einem umfassenden Bilde der Krankheit vereinigt werden, wenn Beobachtungen und Schlüsse sich auf eine grössere Anzahl von Fällen stützen.

Erst so treten die verschiedenen Thatsachen und Symptome, die uns der Einzelfall ohne Zusammenhang giebt, in das rechte Licht, der allgemeine Überblick giebt jeder Einzelheit den ihr zukommenden Wert, und das Hauptsächliche hebt sich schärfer vom Unwesentlichen und Zufälligen ab.

Gerade darin liegt die Bedeutung der Zusammenstellungen und Statistiken, dass man aus dem Zusammenfassen von an sich allgemein Bekanntem dennoch die Möglichkeit gewinnt, zu neuen und interessanten Ergebnissen zu gelangen.

Wenn ich nun auch darauf, etwas Neues zu sagen, durchaus keinen Anspruch erhebe, so hoffe ich doch einiges Interessante berichten zu können. Die Voraussetzung dazu: Das genügend grosse Material ist mir

durch die Freundlichkeit meines hochverehrten Lehrers, Herrn Professor Dr. von Ranke, gegeben. Ihm schulde ich sowohl desshalb, als auch wegen der Anregung zu dieser Arbeit und vielfachen Förderung den grössten Dank. Es ist mir eine angenehme Pflicht, diesem Gefühle hier, an erster Stelle, Ausdruck zu verleihen.

Ich verfüge über 115 Fälle, die sämtlich im Dr. von Hauner'schen Kinderspitale klinisch behandelt worden sind. Mit wenigen Ausnahmen wurden alle Verstorbenen seciert. Der jährliche Zugang an hereditär syphilitischen Patienten gegenüber allen anderen der inneren Abteilung schwankte zwischen 2,2 und 0,5%; der Durchschnitt der letzten zehn Jahre ist 1,6%.

Eine Übersicht über das Geschlecht- und Familienverhältniss der Kinder giebt folgende Tabelle:

	Männlich:	Weiblich:	Summe:
Legitim:	23	20	43 (37,4%)
Illegitim:	29	43	72 (62,6%)
Summe:	52 (45,2%)	63 (54,8%)	

Bemerkenswert ist der hohe Prozentsatz (62,6) der ausserehelich Geborenen. Ich werde auf diesen Punkt noch zurückzukommen haben.

Über die hereditäre Belastung Aufschluss zu erhalten, ist aus leicht begreiflichen Gründen schwierig, das Ergebnis daher unsicher. In 54,8% der Fälle wurde jede

Infection der Eltern einfach geleugnet. Dagegen wurde sie 10mal von beiden Eltern, 21mal nur vom Vater und 17mal nur von der Mutter zugestanden. Eine von diesen gab an, selbst hereditär syphilitisch zu sein. (?) 36,5% der Mütter erklärten, abortiert oder Frühgeburten durchgemacht zu haben.

Wichtig ist die Frage nach dem Zeitpunkte, wann die ererbte Lues die ersten Erscheinungen macht. Dass sie schon in den ersten Lebenstagen hervorbrechen kann, ist sicher. Strittig bleibt der späteste Termin, nach dem man die syphilis hereditaria als zweifelhaft anzusehen und mehr an die Möglichkeit einer syphilis acquisita zu denken berechtigt ist.

Die Ansichten der Autoren gehen weit auseinander. Mahon setzt den fünften, Trousseau den siebenten, Roger, Kassowitz und die meisten neueren das Ende des dritten Monates als Grenze, während andere sie viel weiter hinausschieben, ja manche — die Verteidiger der sogenannten syphilis tarda — überhaupt keine mehr zulassen. Kein Wunder, dass keine Einigung zu erzielen ist! Man ist wieder auf die Anamnese angewiesen, deren »unüberwindliche Schwierigkeiten hier« (Henoch) die widersprechenden Anschauungen hervorgerufen haben.

Man muss sich hüten, das Datum, an dem das Kind der Spitalbehandlung überwiesen wird, mit dem des Auftretens der ersten Krankheitserscheinungen zu identificieren, ja sogar irgendwelche Schlüsse von jenem auf dieses zu machen. Die Unkenntnis der Eltern und Kostfrauen, leider oft auch eine ganz ausserordentliche

Indolenz gegenüber den Anfangssymptomen zwingen zur Vorsicht. Wie oft wird erst dann die Hilfe der Anstalt aufgesucht, wenn das Kind nach langem Leiden in trostlosem Zustande dem Ende nahe ist, wie oft erfährt man in minder schweren Fällen, dass »ein Ausschlag« oder »Schnüsseln« schon vor Wochen bemerkt worden sei, aber dass man geglaubt habe, es würde sich schon von selbst geben!

Nach dem mir zu Gebote stehenden Material kam ich zu folgendem Ergebnis:

Die ersten Symptome zeigten sich bei einem Alter

von	1—4	Jahren —	15 mal
„	1—2	Monat —	38 „
„	2—3	„ —	33 „
„	3—4	„ —	15 „
„	4—5	„ —	9 „
„	5—6	„ —	4 „
„	über 6	„ —	1 „

Es erkrankte mithin die überwiegende Mehrzahl (87,8%) innerhalb der ersten vier Lebensmonate, und nur eins nach dem Ende des sechsten — angeblich zuerst im Alter von $4^1/_2$ Jahren. (?)

Demnach möchte ich schliessen, dass der Ausbruch der ererbten Syphilis selten nach vollendetem vierten Monat, so gut wie nie nach dem ersten Halbjahre erfolgt.

Dies spricht gegen das Vorkommen der sogenannten syphilis tarda und bestätigt das Urteil meines verehrten

Lehrers, Herrn Professor von Ranke, der ebenso wie Henoch und andere Autoritäten erklärt, ihm sei davon kein einziger einwandfreier Fall je vorgekommen.

Wie ist nun der Ausgang der Krankheit? Das Schicksal von 21 entlassenen Patienten konnte leider nicht festgestellt werden. Da die Zeit, während der sie behandelt wurden, Jahre zurückliegt, war es mir nicht möglich, ihre Spur aufzufinden, obgleich ich durch systematische und von der Behörde unterstützte Nachforschungen mich angelegentlich darum bemüht habe. Von den übrigen 94 sind 90 gestorben und nur noch 4 am Leben; gewiss ein trauriges Resultat! Aber man würde fehlgehen, wollte man daraus die allgemeine Prognose der congenitalen Lues ableiten.

Henoch sagt in seinen Vorlesungen: „Verlauf und Ausgang der hereditären Syphilis werden nach meiner Erfahrung weniger durch die Art der Symptome, als durch den Ernährungszustand der Erkrankten bestimmt; — ich halte alle künstlich ernährten Kinder, besonders die von Geburt an schwachen und atrophischen für sehr gefährdet, die letzteren sogar immer für verloren. Während ich in der Privatpraxis, selbst in der Poliklinik von einer sehr grossen Zahl syphilitischer Kinder nur einzelne durch zufällige Complicationen verloren habe, sah ich in der Kinderabteilung der Charité fast alle Fälle zu Grunde gehen".

Wie vollkommen stimmen dazu die Beobachtungen an meinem Materiale! Fast jedes Sectionsprotokoll enthält die Bemerkung: hochgradige Atrophie! Um ein

Beispiel anzuführen: ein vier Wochen altes Kind hatte ein Körpergewicht von 2300 g, statt der normalen 4000! Ich glaube, dass die oben erwähnte grosse Anzahl (62,6%) ausserehelich Geborener hier ins Gewicht fällt. Die Lebensbedingungen sind bei ihnen durchweg äusserst ungünstig; Not, Armut, leider nur zu oft mangelndes Interesse verhindern das Gedeihen der unglücklichen Geschöpfe, und wenn sie endlich der Anstalt überbracht werden, kann ihre Rettung selbst der sorgfältigsten Pflege nicht mehr gelingen. Sie siechen dahin, werden eine leichte Beute intercurrenter Krankheiten, bis der Tod dem entsetzlichen Zustande ein Ende macht.

Es ist sicherlich kein Zufall, dass unter den vier überlebenden drei legitime Kinder figuriren, die — (zwei davon erwiesenermassen an Recidiven!) — 4½, 8 und 9 Jahre alt behandelt werden, und dass das vierte, ein mit 4 Monaten aufgenommener Knabe, zwar illegitimer Herkunft, aber doch von der Mutter natürlich genährt und gut gepflegt worden war. Sein Gewicht betrug 6100 g gegen den normalen Durchschnitt von 5950 g, und er ist jetzt 2 Jahre nach der glücklichen Behandlung anscheinend vollkommen gesund.

Ich komme zu den einzelnen Symptomen, unter denen die lues hereditaria auftritt.

Das Häufigste ist wohl irgend eine Affection der Haut. Ganz frei davon blieben nur acht Fälle, darunter sechs Patienten, die das erste Lebensjahr überschritten hatten, die also von einem Recidive, nicht dem ersten Ausbruche der Krankheit ergriffen waren. Man darf daher

annehmen, dass ein Ausschlag nur sehr selten bei erblich syphilitisch belasteten Kindern vollständig fehlt.

Die verschiedensten Arten davon fanden sich vertreten:

1. Pemphigus syphiliticus: die typischen, mit trübem Inhalte gefüllten Bläschen vor allem an den Handtellern und Fusssohlen, oder ihre Überreste 25 mal, aber stets nur bei unter 4 Wochen alten Patienten.

2. Rein maculöses Exanthem: (Roseola syphilitica) 38 mal.

3. Rein papulöses Exanthem 29 mal.

4. Maculo-papulöses Exanthem 22 mal.

Der Unterschied zwischen dem maculösen und dem papulösen Syphilid ist nach Ludwig Fürth (Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis) nur graduell, indem bei starker Exsudation aus dem flachen ein das Hautniveau überragendes, eine Papel, entsteht. Diese Excrescenzen treten an allen Körperstellen auf.

5. Squamöses Exanthem: 6 mal. Die Epidermis hebt sich hier fetzenartig ab.

6. Ulceröse (gummöse) Syphilide: 14 mal. Ein solches Hautgumma stellt ein subcutanes, linsengrosses, hartes Knötchen dar, das langsam wächst, Fluctuationen zeigt, endlich aufbricht und blutig verfärbten Eiter entleert. Sie kamen auf der Stirn, dem Kopfe und an den Extremitäten vor.

7. Breite Condylome: 13 mal. (11 mal an den Genitalien und am anus, 2 mal im Gesicht), und zwar

übereinstimmend mit den Beobachtungen Henochs nur bei Kindern, die die ersten Lebensmonate schon überschritten hatten.

Das von einigen Autoren erwähnte Fehlen der Cilien wurde 4 mal, das der Supercilien 1 mal notiert.

Die Erkrankungen der Schleimhäute sind nicht minder häufig, als die der Oberhaut. Der charakteristische Nasenkatarrh fand sich bei 80% der Fälle, gehört demnach zu den constantesten, bei ganz jungen syphilitischen Kindern so gut wie nie fehlenden Symptomen. Er ist deshalb diagnostisch wichtig. So hatten z. B. die oben erwähnten Patienten, die kein Exanthem aufwiesen, durchweg eine ausgesprochene Coryza.

Sehr häufig fanden sich Rhagaden, Excoriationen an den Mundwinkeln, Risse an den Lippen, vereinzelt auch am Anus und an den Augenwinkeln, endlich »plaques muqueuses«, das Analogon der breiten Condylome der äusseren Haut, und 14 mal Conjunctivitiden.

Ob und in wie weit diese letzteren syphilitischer Natur sind, ist nicht festgestellt.

Die bei der erworbenen Lues nie fehlenden Schwellungen der Lymphdrüsen sind bei der ererbten durchaus nicht immer vorhanden. Bednár behauptet sogar, sie seien »ausserordentlich selten«. Das dürfte vielleicht zu weit gegangen sein! In 34% meiner Fälle waren sie in der Form beweglicher, indurierter, erbsengrosser Knoten zu fühlen, und zwar als:

Schwellung der Inguinal-Drüsen 24 mal,
„ „ Cervical- „ 14 „
„ „ Submaxillar- „ 5 „
„ „ Cubital- „ 3 „
„ „ Axillar- „ 1 „
„ „ sämtlicher „ 7 „

Der Respirationstractus war, wenn ich von der Coryza absehe, in 43,5 % der Fälle afficiert, specifisch syphilitisch jedoch nur in 6,9 %. Hier handelte es sich um die sogenannte weisse Pneumonie, die in derber Infiltration und Hepatisation grösserer Lungenbezirke ihr Wesen hat. Ausserdem fand sich eine intercurrente:

Lobuläre Pneumonie . . . . . 19 mal,
Broncho- „ . . . . . 6 „
Atelektase der Lungen . . . . . 6 „
Pleuritis . . . . . 4 „
Capillar-Bronchitis . . . . . 4 „
Eitrige „ . . . . . 4 „
Haemorrhagische und interstitielle Pneumonie je 1 „

Das Centralnervensystem wird bei der syphilis hereditaria im Gegensatz zu der erworbenen Form der Krankheit nur sehr selten ergriffen. Henoch will »so gut, wie gar keinen« Fall davon gesehen haben. Vereinzelt sind in der Litteratur Beispiele von Gummata im Gehirn berichtet worden. (Siemerling, Archiv für Psychiatrie. Bd. 20.)

Ich fand je 2 mal hochgradige Anaemie und Oedem des Gehirns, 4 mal Atrophie der Hemisphären und Central-

ganglien und einmal Hydrocephalus internus verzeichnet. Da diese letztere Erkrankung oft im Spitale beobachtet worden ist, ohne dass irgend etwas auf etwa vorhandene Lues gedeutet hätte, möchte ich an dem von mancher Seite behaupteten Zusammenhange beider zweifeln.

In 44,5% aller Fälle war die Milz verändert. Klinisch ergaben sich mehr oder minder grosse Tumoren, anatomisch Induration, überhaupt interstitielle Bindegewebswucherungen. Ähnliches wurde, nur viel seltener, auch an den Nieren beobachtet.

40 mal (34,6%) liessen sich Veränderungen an der Leber nachweisen, darunter 3 mal Gummata (hepatitis gummosa), 6 mal cirrhosis hepatis luetica, 1 mal perihepatitis syphilitica und 30 mal Vergrösserung und Induration des Organes (hepatitis interstitialis).

Es sei mir erlaubt, hier eine kurze Bemerkung zu einer ebenso interessanten, als schwierig zu entscheidenden Frage zu machen. Man hat versucht, aus den Symptomen der Krankheit Rückschlüsse darauf zu ziehen, ob sie vom Vater, oder der Mutter ererbt sei. Bärensprung und andere glaubten, dass die interne Syphilis und speciell die der Leber für eine Übertragung vom Vater aus spräche. Wie oben erwähnt, wurde bei 18,6% meiner Fälle eine Infection des Vaters allein zugegeben. Während nun nur 34% sämtlicher Fälle eine Affection der Leber zeigten, fand sie sich bei 62% derjenigen Kinder, deren Vater eingestandenermassen luetisch war. Dies scheint mir entschieden für die Theorie Bärensprungs zu sprechen.

Von besonderer Wichtigkeit sind die krankhaften Veränderungen am Bewegungsapparate. Schon lange sind die Affectionen der Knochen, die sich auch häufig bei der erworbenen Syphilis finden, Gummabildungen, Caries und Periostitis bekannt. Eigentümlicher Weise wurde jedoch eine für die Lues hereditaria höchst charakteristische Erkrankungsform erst vor wenigen Jahrzehnten von Wegner entdeckt und beschrieben. (Virchow's Archiv 1870). Sie tritt an der Übergangsstelle des Diaphysenknochens in den Knorpel der Epiphyse auf.

Normal ist diese entweder horizontal oder in regelmässigem Bogen verlaufende, sogenannte Ossificationsgrenze scharf ausgeprägt. An den Knochen der erblich syphilitischen Kinder können wir dagegen häufig drei Stadien einer fortschreitenden Degeneration wahrnehmen.

Im ersten ist die Knorpelknochengrenze unregelmässig, zackig. Man erkennt eine glänzende, weisse Zwischenschicht, die die bis zu 2 mm verbreiterte Zone der Kalkinfiltration der Knorpelsubstanz darstellt. Im zweiten Stadium prägen sich die Veränderungen noch schärfer aus. Die Zwischenschicht erreicht eine Breite bis zu 4 mm und sendet unregelmässige »papillenartige« Vorsprünge in den Knorpel hinein. Im dritten Stadium endlich ist die Umgebung der Epiphysen-Diaphysengrenze bedeutend aufgetrieben. Es hat eine Verdichtung des Perichondriums und des Periostes stattgefunden. Das ganze, von Wegner als osteochondritis syphilitica bezeichnete Krankheitsbild wird also durch eine aktive Wucherung der zur Knochenproduktion bestimmten

Knorpelzellen und der einhüllenden Schichten bewirkt. Klinisch sicher kann es nur dann diagnosticiert werden, wenn es zu einer immerhin recht seltenen, vollständigen Ablösung der Epiphyse kommt. In solchem Falle hat man dann die gleichen Erscheinungen, wie bei einer Fractur. Anatomisch findet man die Affection an den Röhrenknochen und Rippen.

Bei meinen Fällen wurde sie nachgewiesen:

am Femur 7mal,
(5mal an der unteren Epiphyse,
2 „ „ „ oberen „)
an der Tibia 4mal,
(3mal an der oberen Epiphyse,
1 „ „ „ unteren „)
am Radius 2mal an der unteren Epiphyse,
an den Rippen 1mal, im Ganzen also 14mal.

Es entspricht der von Wegner aufgestellten Häufigkeitsscala. Allerdings ist sicherlich in weit mehr Fällen eine Osteochondritis vorhanden gewesen, ohne jedoch bemerkt zu werden. Der Grund dafür ist der, dass man aus Rücksicht auf die Angehörigen des verstorbenen Kindes die bei der Section unvermeidliche Verstümmelung der Leiche auf das Mindestmass beschränkt.

Typisch für die Lues hereditaria ist eine eigentümliche Parese der Extremitäten. Ich fand sie 8mal an der oberen, 2mal an der unteren. Es waren mithin im Ganzen 8,9% der Patienten mit dieser sogenannten Pseudoparalyse behaftet. Der ergriffene Arm oder das

Bein hängt schlaff herunter, wird nicht bewegt und ist meistens schwerempfindlich. Eine sichere Erklärung für die Erscheinung ist noch nicht gegeben. Man hat sie mit der Osteochondritis zusammenbringen wollen. Dagegen lässt sich einwenden, dass zahlreiche Beispiele bekannt sind, wo die Parese ohne jede nachweisbare Knochenaffection bestand. So erwähnt Bednár in seiner Zusammenstellung von 18 Fällen kein Mal eine Epiphysenschwellung. Endlich führt Henoch an, dass er Lähmungen eines Armes beobachtet habe, während doch die Epiphysen beiderseits stark geschwollen gewesen seien. Man hat die Pseudoparalyse als rein myopathische Affection, auch als centrale aufgefasst, niemals aber zwingende Beweisgründe für die Richtigkeit dieser Annahmen geben können.

Hutchinson hat 1863 zur Diagnose der ererbten Syphilis einen Symptomencomplex aufgestellt, der durch Keratitis interstitialis, Zahndeformitäten und Ohrerkrankung gebildet wird. In dieser Zusammenstellung, deren Fälle in überwiegender Mehrzahl dem frühen Säuglingsalter angehören, kann nicht näher darauf eingegangen werden, weil die »Trias« nur bei älteren Kindern — wenn überhaupt — nachweisbar ist.

Um kurz zusammenzufassen, wurde von specifisch syphilitischen Erscheinungen notiert:

irgend ein Hautexanthem	in 93,1% aller Fälle
Coryza	„ 80 % „ „
(Milztumor	„ 44,5% „ „)

(Leberaffectionen . . . . . in 34,6% aller Fälle)
Schwellung d. regionären Lymphdrüsen „ 34 % „ „
Osteochondritis syphilitica . . . „ 12,1% „ „(?)
Pseudoparalysis „ . . . . „ 8,9% „ „
sogen. weise Pneumonie . . . . „ 6,9% „ „

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Obermedicinal-Rat Prof. Dr. Bollinger für die gütige Übernahme des Referates dieser Arbeit meinen ergebenen Dank zu sagen.